



A PRECARIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES (HEAT): RELATO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

NOGUEIRA, Maryelen Amado¹

A precarização da política de saúde e a atuação do assistente social no Hospital Estadual Alberto Torres (HEAT): relato de estágio supervisionado.

Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 07, Ed. 04, Vol. 06, pp. 61-76. Abril de 2022. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/sem-categoria/precarizacao-da-politica>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/lei/precarizacao-da-politica

RESUMO

O presente trabalho visou discutir a precarização da saúde pública decorrente do crescente processo de desresponsabilização do Estado de bem-estar social brasileiro preconizado pela lógica neoliberal imposta pelo sistema capitalista vigente. Diante disto, tem como questão norteadora: Como a precarização das políticas públicas influenciam a atuação do assistente social no Hospital Estadual Alberto Torres? E como objetivo geral relatar o estágio supervisionado realizado pela autora no Hospital Estadual Alberto Torres (HEAT), a fim de demonstrar a precarização das políticas de saúde, bem como sua influência na atuação dos assistentes sociais no local investigado. Para fundamentar as análises realizadas, foi realizada uma revisão bibliográfica e um relatório de estágio supervisionado em Serviço Social realizado pela autora no Hospital Estadual Alberto Torres (HEAT), no período de março de 2012 a março de 2013. Por fim, verificou-se que durante estágio supervisionado em Serviço Social no HEAT, foi possível aproximar-se da realidade vivida pelos profissionais de saúde pública e usuários, acompanhando o trabalho dos assistentes sociais, bem como observar a crescente flexibilização do trabalho e seus rebatimentos na ação profissional, dentro de um contexto agravado pela precarização da saúde pública, sendo possível, também, compreender alguns desafios colocados aos profissionais da área da saúde pública, como: dificuldade em conseguir atuar de forma ética e coerente com os projetos profissionais; falta de estrutura e material necessários para o atendimento



à população; número profissionais cada vez mais reduzido; e fragilidade dos vínculos empregatícios.

Palavras-chave: Saúde pública, Serviço Social, políticas sociais, neoliberalismo, Sistema Único de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

As políticas públicas vêm sofrendo um crescente processo de desmonte por parte do Estado. Os ideais neoliberais propagados no Brasil acarretaram a focalização e precarização das políticas, influenciando o trabalho dos profissionais.

O interesse em discutir o tema emerge da vivência de estágio supervisionado em Serviço Social no Hospital Estadual Alberto Torres (HEAT), no período de março de 2012 a março de 2013, período no qual foi possível observar, acompanhar e refletir sobre o cotidiano de trabalho dos assistentes sociais e a precarização da política de saúde.

Diante disto, o presente artigo, tem como questão norteadora: Como a precarização das políticas públicas influenciam a atuação do assistente social no Hospital Estadual Alberto Torres? E como objetivo geral relatar o estágio supervisionado realizado pela autora no Hospital Estadual Alberto Torres (HEAT), a fim de demonstrar a precarização das políticas de saúde, bem como sua influência na atuação dos assistentes sociais no local investigado.

Sendo assim, o presente trabalho contempla discussão acerca da saúde pública brasileira, os movimentos sociais em torno de sua universalidade e as mudanças a partir da criação do SUS (Sistema Único de Saúde) em meio à dualidade de pensar a política pública de saúde descentralizada, universalizada e democratizada, bem como a lógica instalada pelo sistema capitalista de retração do Estado frente às suas responsabilidades de bem-estar social. Além de buscar compreender e caracterizar essas mudanças no cotidiano do Hospital Estadual



Alberto Torres, refletindo sobre os limites e desafios enfrentados pelos assistentes sociais que atuam na saúde pública.

Para isto, realizou-se um relatório de estágio tendo como base o estágio supervisionado em Serviço Social realizado pela autora no Hospital Estadual Alberto Torres (HEAT), no período de março de 2012 a março de 2013, bem como fundamentou-se em pesquisas bibliográficas a fim de embasar as análises realizadas ao longo deste artigo.

2. O SURGIMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Em meados dos anos 1970, começou a ser construído o movimento sanitário brasileiro, que possibilitou o debate crítico sobre a temática da saúde. A partir da Constituição Federal de 1988 e do surgimento de um projeto social democrático, a saúde passou a ser entendida como direito universal e de responsabilidade de provisão do Estado, prevendo a execução e reformulação de políticas sociais que reduzissem os riscos e agravos de doenças. Neste contexto, a Constituição previu que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido, mediante políticas sociais e econômicas que visem à recuperação do risco de doença e de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Nesse contexto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em Brasília, no ano de 1986, representou um marco no debate da saúde e sociedade, pois com o fim da Ditadura Militar, a sociedade brasileira vivia um novo processo de democratização política, onde novos sujeitos e movimentos sociais passaram a discutir a saúde e as propostas governamentais, ampliando o interesse da sociedade civil sobre o tema.



A discussão alcançou, então, os sindicatos, os partidos políticos e as associações de profissionais, ultrapassando os limites técnicos setoriais, promovendo a discussão da saúde para além dos muros dos hospitais e do “estar doente”. A saúde, ligada a esse processo de redemocratização, deixou de ser pauta apenas dos técnicos profissionais, passando a ter dimensão política. Nesse contexto, esse movimento de Reforma Sanitária deu origem ao SUS (Sistema Único de Saúde) e exigia do Estado a garantia do direito à saúde, mediante: promoção de políticas sociais públicas; adoção de medidas preventivas e de educação em saúde; melhor qualidade dos serviços oferecidos; e criação de uma esfera pública com controle social (BRAVO, 2006). Esse, passou a ser, portanto, o novo entendimento e visão da saúde pública a partir do movimento de Reforma Sanitária.

Ainda, na Constituição de 1988, a descentralização e municipalização das políticas de saúde, a reversão do modelo médico curativo para o preventivo e a participação direta dos usuários no sistema sobre os serviços públicos de saúde no país, foram regulamentadas. Além disto, a criação dos conselhos de saúde garantiu a participação direta da população, tornando-se uma articulação entre sociedade e Estado (BRASIL, 1988). Ela, também, representou, no plano jurídico, a afirmação desse projeto de Reforma Sanitária e de extensão, afirmando os direitos políticos e sociais em um país onde há desigualdade social, universalizando direitos, conforme sustenta Bravo (2006).

Fundamentado pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é:

regulamentado na Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde, e na Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata do financiamento da saúde e da participação popular. A promulgação da Lei Orgânica da Saúde - Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).



Portanto, os princípios e diretrizes que compõem o SUS, de acordo com o Ministério da Saúde (2000, p. 30-32), são:

- **Universalidade:** Segundo esse princípio, a saúde é direito de todos, cabendo ao Poder Público garantir esse direito através do desenvolvimento de ações e serviços de saúde. Contudo, para além disso, o princípio da universalização visa a oferta de ações e serviços de saúde a todos, com ênfase nas ações de prevenção para a redução de tratamento de agravos.
- **Integralidade:** Tal princípio visa garantir o acesso do sistema de saúde a todos as pessoas ou grupo de pessoas que possuem necessidades específicas, mesmo que estas representem a minoria quando comparada a população total. Considerado como um dos princípios mais preciosos, a integralidade busca atender cada qual conforme as suas necessidades e níveis de complexidade, de modo que colocá-lo em prática é um desafio permanente e dinâmico.
- **Equidade:** Na esteira dos dois princípios colocados acima, tem-se, então, o princípio de equidade contrapondo as disparidades sociais e regionais existentes no Brasil. Tal princípio reafirma essa necessidade em considerar que a equidade também deve ser promovida por meio das ações e dos serviços de saúde. Nesse contexto, há um conjunto de efeitos positivos gerados pela melhora das condições de saúde da população, o que permite concluir que a busca de uma maior equidade na área da saúde é fundamental.

Entretanto, ao mesmo tempo em que a sociedade brasileira observou os avanços no cenário social, a política de ajuste neoliberal, consolidada nos anos 90, impactou a forma como o Estado agia frente a esse projeto democrático de saúde e social. Neste contexto, ele utilizou-se da estratégia de desviar-se de suas funções básicas, promovendo a Reforma de Estado ou Contrarreforma, que passou a dar ênfase no setor econômico, tornando a gestão de políticas uma mera gestão gerencial de produtividade, transferindo suas responsabilidades para o setor privado.



A Reforma do Estado ou Contrarreforma parte do suposto de que o Estado se desviou de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, ameaçando o modelo econômico vigente, sendo apontados, em seu Plano Diretor, o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de se superar o regimento burocrático da administração pública, tendo em vista um novo modelo gerencial que visasse a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O estado, portanto, deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar promotor e regulador, transferindo suas atividades ao setor privado (PEREIRA, 1995).

Mediante essas mudanças estruturais e organizacionais, a Política de Saúde pensada na década de 1980, passou por um processo de desconstrução na sua efetivação a partir dos anos 1990, devido a chegada do ideário neoliberal no Brasil e suas significativas mudanças para as políticas sociais, passando a ser vinculada ao mercado. Ademais, o conceito de universalização da saúde foi substituído por concepções individualistas e focalizadas. Quanto a isto, Bravo e Matos (2006) retratam que:

Nas posições referentes à política de saúde, o projeto de Reforma Sanitária é questionado e consolida-se na segunda metade dos anos 90, o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Este último, pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central (BRAVO E MATOS, 2006, p. 35-36).

O projeto de saúde para o mercado contradiz todas as premissas do projeto articulado na Constituição de 1988, onde seu objetivo maior era garantir que o Estado atuasse para a sociedade de forma democrática e de direito. Mas, o que se vivencia é um Estado que garante o mínimo tanto aos que não podem pagar, quanto aos que podem acessar o setor privado.



Assim, assiste-se o recorrente repasse de atribuições do Estado para o setor privado e a privatização de instituições estatais e dos serviços públicos, onde, mediante a: ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo; regido pela lógica neoliberal, se torna mínimo no atendimento das demandas sociais, o que tende a crescer na mesma proporção em que se aumenta a precarização do trabalho e desemprego estrutural.

Entretanto, apesar dos avanços que o Sistema Único de Saúde (SUS) proporciona ideologicamente, verifica-se o descumprimento e omissão por parte dos órgãos competentes em regulamentar e fiscalizar as ações de saúde, como afirma Bravo (2006):

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio de equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde (BRAVO, 2006, p. 15)

Neste cenário, como características do plano de Reforma do Estado, percebe-se a: contenção dos gastos diretos com pessoal, o que atinge diretamente o profissional de Serviço Social, enquanto trabalhador da área da saúde; redução do papel do Estado; incentivo à demissão voluntária, através de planos específicos; definição de carreiras para construir o núcleo central de gestão do Estado; criação das figuras OS (Organizações Sociais) e OSCIPS (Organização da sociedade civil de interesse público). Ante ao exposto, Franco (1988), apresenta razões que contrapõem o SUS constitucional, sendo elas:



Quebra do “sistema”, na forma concebida originalmente pelo SUS; Extinção do quadro de servidores públicos da Saúde, nos estabelecimentos gerenciados pelas OS; Gestão dos recursos humanos centralizadora e normativa; A saúde deixa de ser um direito público e passa a ser assumida pelo mercado; Não há possibilidade de um novo modelo de assistência; As OS não valorizam o controle social (FRANCO, 1988, p. 59).

Com base nesse modelo de gestão, os estados passaram cada vez mais a transferir os serviços de saúde às entidades terceirizadas, como: cooperativas, associações, entidades filantrópicas com (ou sem) fins lucrativos, entidades civis de prestação de serviços (OSs); transferindo serviços e unidades de serviços de saúde públicos à entidades civis, entregando móveis e imóveis, recursos humanos e financeiros, concedendo autonomia gerencial a essas organizações por meio de contratos emergenciais de gestão e termos de parceria, que buscavam o esgotamento e restrição do modelo de saúde universal que deveria configurar o SUS. Corroborando com esta afirmativa, Behring e Boschetti (2010), afirma que:

Se não se pode falar em desmantelamento (pois o Estado não pode acabar com o SUS), é inegável que a reestruturação segue na direção de sua restrição, seletividade e focalização; em outras palavras, rompe com os compromissos e consensos do pós-guerra, que permitiam a expansão do Welfare States. (BEHRING e BOSCHETTI, 2010, p. 134):

Nesse contexto neoliberal de política de saúde focalizada e de acesso restrito, garantir direitos universais e acesso democrático torna-se um grande desafio, que traz consequências a quem acessa e a quem trabalha na política. Diante disso, faz-se necessário resgatar concepções e ideais do projeto de Reforma Sanitária, para forjar estratégias de enfrentamento ao projeto privatista em curso.

Segundo Sodré (2010), além da crescente destituição dos direitos alcançados pela classe trabalhadora, o potencial político-organizativo também foi se desfazendo, pois mediante as novas práticas flexíveis de gestão de força de trabalho, as



terceirizações e o trabalho parcial temporário e fragmentado, estabeleceram novas formas de controle e dominação sobre a classe trabalhadora com o argumento de empregabilidade.

Essas novas formas afetaram todas as áreas e categorias, principalmente, a saúde, que embora incorpore as características gerais do trabalho, apresenta suas particularidades e singularidades.

O SUS, nesse contexto, mesmo não sendo implantado em sua plenitude, guarda ganhos para a classe trabalhadora brasileira. Entretanto, na saúde pública e privada, percebemos que as ações de saúde, na maioria das vezes, não têm assegurado os direitos preconizados na Constituição de 1988 e outras leis complementares (como a Lei Orgânica da Saúde, as Normas Operacionais Básicas, a NOAS, as Constituições Estaduais, as Leis Orgânicas dos Municípios, o Estatuto da Cidade etc.), revelando mais perdas do que ganhos desde a criação do Sistema Único de Saúde.

A despeito disso, vale ressaltar que o desconhecimento da Constituição por parte dos profissionais leva a perda de oportunidade em usá-la como ferramenta na busca por seus direitos, diante disso, surge a dúvida de como efetivar o Projeto de Reforma Sanitária se grande parte dos profissionais desconhece os princípios e propostas do SUS.

Segundo Bravo e Mattos (2001, p. 200), hoje, na saúde, os dois polos que se contrapõem são o Projeto de Reforma Sanitária e o projeto privatista em curso, onde os profissionais de saúde encontram o desafio de atuar de forma democrática e ética diante de um sistema que não reconhece direitos, levando em consideração que a área da saúde demanda de profissionais que tenham esse compromisso como norteador de suas práticas, reforçando a vinculação entre ética, política, vida social e vida profissional.



Diante do processo vivido de exploração do trabalho, flexibilização e destituição de direitos, exige-se do profissional da saúde o laço com: a autonomia; a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais; com a garantia dos direitos civis, sociais e políticos da classe trabalhadora; com a socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; com a democracia e com a concretização de uma nova ordem social sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero, em uma articulação clara com as forças sociais, locais, regionais, nacionais e internacionais que compactuam com direção social (BRAVO, 1996). Sendo necessário esse compromisso para que se torne possível a concretização do SUS na sua totalidade, buscando a superação das imposições postas pela lógica neoliberal, a desresponsabilização e a retração do Estado frente ao compromisso com as políticas sociais.

3. O HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES

O Hospital Estadual Alberto Torres (HEAT) fica localizado no município de São Gonçalo, estado do Rio de Janeiro, pertence à rede SES (Secretaria de Estado de Saúde) e compõe a rede SUS.

O município de São Gonçalo, é um dos maiores municípios do Estado do Rio de Janeiro em população (cerca de 1.016.128 habitantes), além disso, os dados do último censo, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, revelam grande discordância entre a saúde pública e a privada (IBGE, 2009).

Ainda, conforme a pesquisa supracitada, o sistema de saúde do município não consegue suprir a necessidade da população, que muitas vezes precisa ser transferida para outros hospitais do Estado para conseguir atendimento, demonstrando, também, o crescimento e o avanço da saúde privada (IBGE, 2009).



O HEAT tem como atividade principal a prestação de serviços de saúde de urgência e emergência, internação em terapia intensiva, cirurgia ortopédica e atendimento ao trauma choque, atendendo, principalmente, pessoas que não podem pagar pela saúde privada, que apresentam condições de vida precárias e não dispõem de serviços básicos, como: saneamento, educação, lazer, alimentação etc.

Em março de 2012 o HEAT contava com um quadro de 10 (dez) assistentes sociais, que foram classificados por um concurso da CEPERJ (Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro), com contratos válidos por apenas 02 (dois) anos, podendo ser prorrogados por mais 02 (dois) anos. Em cada plantão havia duas ou até 03 (três) assistentes sociais na instituição, que cumpriam a carga horária de 24 horas semanais, divididas em 02 (dois) dias.

Entretanto, com 01 (um) ano de contrato, esses profissionais foram “devolvidos” à Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e realocados para outras instituições. Essa onda de demissões e “devoluções” de profissionais se deu após a entrada de uma Organização Social na gestão e administração do hospital, o que, conforme relatam os funcionários, é caso recorrente na instituição[2], que conta com muitos cargos políticos e cooperativados, reafirmando a fragilidade dos contratos empregatícios e rotatividade do quadro de funcionários, bem como as “relações de poder político”.

A chegada de estagiários aconteceu simultaneamente com a dos profissionais de Serviço Social. Entretanto, a nova equipe chegou ao hospital sem ter contato com a antiga, para troca de informações e conhecimento do trabalho na instituição. Apesar disso, os relatos nos livros de ocorrência demonstram a arbitrariedade e ameaças sofridas pelos profissionais.



Durante o período de estágio vivenciado pela autora, o HEAT ficou 04 (quatro) meses sem assistentes sociais e observou-se que o trabalho feito era o de “apagar incêndios”. Além disso, a equipe não tinha oportunidade nem liberdade de construir um projeto de intervenção do Serviço Social. Fazia-se muito o trabalho administrativo e de encaminhamentos, impossibilitando o aprofundamento e acompanhamento dos casos.

Frente a esses problemas vivenciados pelos profissionais, notou-se a dificuldade em conseguir atuar de forma ética e coerente com os projetos profissionais e a falta de estrutura e material, o que, também, prejudicava o atendimento adequado à população usuária.

Em muitos plantões acompanhados, faltavam médicos, medicamentos e o número de leitos eram relativamente desproporcionais ao quantitativo populacional do município, que conta apenas com o Hospital Estadual Alberto Torres para atendimento especializado de média e alta complexidade na região, transferindo os atendimentos para unidades públicas locais ou referenciadas por outros municípios como Niterói e Rio de Janeiro.

Estes fatores, somados ao número de profissionais cada vez mais reduzido, são uma forte expressão da crescente precarização da saúde pública no HEAT, provocada, sobretudo, pelo avanço do setor privado na área[3].

4. O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES

O assistente social é um profissional da área da saúde, tendo sua atuação reconhecida nas: Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 218, de 06 de março de 1997; Conselho Federal de Serviço Social nº 383, de 29 de março de 1999; e Resolução nº 196, que trata da ética em pesquisa, envolvendo seres humanos (ROSA *et al.*, 2006, p. 63-64).



A atuação desses profissionais se torna cada vez mais desafiante ao passo que a saúde dispensa o trabalho crítico e multidisciplinar, retrocedendo ao pensamento primórdio de saúde como parte do corpo doente, esquecendo-se do contexto proposto pela Reforma Sanitária e pelo SUS, que acreditam num trabalho para além desta perspectiva.

Com as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e a crescente lógica do ideal neoliberal, constitui-se o movimento de destituição de direitos anteriormente conquistados pela classe trabalhadora e sociedade civil. Nesse contexto, o profissional de Serviço Social, enquanto trabalhador assalariado, também é atingido pelo processo de precarização do trabalho - seja através dos vínculos frágeis de trabalho, contratos precários, da destituição de direitos, da polivalência e a insegurança que isso imprime no seu exercício profissional - ou até mesmo do problema central que é o desemprego, conforme ratifica Raichelis (2011, p. 422):

Essa dinâmica de flexibilização/precarização atinge também o trabalho do assistente social nos diferentes espaços institucionais em que se realiza, pela insegurança do emprego, precárias formas de contratação, intensificação do trabalho, aviltamento dos salários, pressão pelo aumento da produtividade e de resultado imediatos, ausência de horizontes profissionais de mais longo prazo, falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, ausência de políticas de capacitação profissional, entre outros.

A partir do cenário de precarização das relações de trabalho e precarização da saúde pública, o trabalho do assistente social na área é afetado duplamente, seja pela falta de estrutura que acomete o serviço de saúde pública com falta de materiais e profissionais, seja pela fragilidade dos vínculos empregatícios. Mediante a isto, o assistente social se vê diante a um dilema, onde de um lado há a capacidade e compromisso para exercer sua profissão de acordo com o que preconiza seu projeto ético-político, que é voltado para emancipação da vida humana, e do outro, contentar-se em ser um mero trabalhador assalariado e



frustrado diante das imposições colocadas pelo capital e pelas relações de poder, conforme explicita Raichelis (2011, p. 433):

Trata-se de uma condição de trabalho que produz um duplo processo contraditório nos sujeitos assistentes sociais: a) de um lado, o prazer diante da possibilidade de realizar um trabalho comprometido com os direitos dos sujeitos violados em seus direitos, na perspectiva de fortalecer seu protagonismo político na esfera pública; b) ao mesmo tempo, o sofrimento, a dor e o desalento diante da exposição continuada à impotência frente à ausência de meios e recursos que possam efetivamente remover as causas estruturais que provocam a pobreza e a desigualdade social.

Além da capacidade técnica do profissional de Serviço Social, em contextos hospitalares, exige-se também a sensibilidade e humanização dos profissionais de saúde para com a população usuária, buscando a prática da interdisciplinaridade segundo a visão humanizada e uma atuação pautada na Política Nacional de Saúde e no Projeto ético-político do Serviço Social.

Paralelo a isto, ressalta-se que a equipe acompanhada no período de estágio supervisionado de Serviço Social no Hospital Estadual Alberto Torres, enfrentou, em seu tempo de atuação na instituição, o grande desafio entre mediar os interesses da instituição – que, infelizmente, não eram os mesmos interesses propostos no Projeto de Reforma Sanitária e no próprio SUS; e os interesses da população usuária, que são direitos constitucionais, exigidos seu cumprimento por lei, mas que na prática das políticas públicas, não são efetivamente exercidos.

A rotatividade nas instituições impossibilitou que a equipe construísse e colocasse em prática projetos para a população usuária de acordo com as demandas específicas que chegavam ao hospital. Na maioria das vezes, a atuação pautava-se em relatos e instrumentos encontrados nos arquivos e continuava-se um trabalho e uma técnica que, muitas vezes, estavam ultrapassadas e não condiziam com a realidade vivida pela população.



Notou-se, ainda, que a fragilidade dos vínculos empregatícios e a instabilidade levou esses profissionais ao receio de concretizar um trabalho ético e comprometido com o projeto da categoria, por medo de represálias e demissões arbitrárias.

Percebeu-se, também, que a garantia de direitos aos usuários, eram fatores desconsiderados e negados, tornando-se algo cotidiano para o assistente social atuante no hospital. Além disto, as jornadas de trabalho extensas; a baixa remuneração salarial; a imposição de trabalho administrativo ao setor; a limitação de acompanhamento e aprofundamento dos casos trabalhados; e a falta de resultados positivos na intervenção do Serviço Social para/com aqueles usuários, levava o assistente social a acreditar que seu trabalho é mero estanque, dispensável na instituição e na própria sociedade.

Para além dos problemas que enfrentam a saúde, percebe-se a precarização nas políticas sociais, nas instituições e nos profissionais que as têm como matéria-prima, tornando o exercício da profissão um trabalho árduo, que luta contra um sistema que faz de conta que garante direitos. Paralelo a isto, Martinelli (2011, p. 503), nessa busca pela efetivação do trabalho ético e emancipador na saúde, afirma que é preciso que o Serviço Social se firme em seus princípios e diretrizes, a fim de garantir direitos dos usuários, pois somente desta forma “estaremos praticando uma ética militante no campo dos direitos, com vistas à consolidação dos direitos de cidadania dos usuários do hospital, de seus familiares e dos próprios trabalhadores da saúde”.

Em consonância, Iamamoto (1998), defende que mesmo diante de relações de trabalho precárias, faz-se necessário que o assistente social seja capaz de ler criticamente a realidade em que está inserido, assumindo, deste modo, a identidade de um profissional propositivo.



Portanto, é preciso que o assistente social, norteado pelos princípios do Projeto ético-político da profissão, construa alternativas criativas que rompam com o imediatismo e fatalismo. Tendo como desafios à sua frente, a criação de estratégias de enfrentamento das diversas expressões da questão social, a fim de que não haja paralisação diante dos obstáculos impostos pela lógica neoliberal que se vive e seja possível considerar as chances de executar e pensar uma atuação que encare a defesa da democracia, dos direitos e das políticas sociais.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como finalidade refletir sobre o atual contexto de precarização das políticas públicas, debruçando-se sobre a política de saúde em tempos neoliberais e a atuação do Serviço Social frente ao desafio de cumprir seu projeto ético-político em um cenário político e estrutural de destituição de direitos sociais.

Ante ao exposto, constata-se que os direitos conquistados através de muitas lutas e preconizados na Constituição de 1988 foram sendo esquecidos e renegados pela nova postura de Estado mínimo imposto pela lógica neoliberal, que defende a contenção de gastos com políticas públicas e focalização dos serviços.

Nesse contexto, novas demandas surgiram a partir das mudanças estruturais no cenário econômico e social e, ao profissional, coube criar estratégias embasadas no projeto ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo da categoria para responder qualificadamente e criticamente a essas demandas.

A saúde se constitui como importante espaço sócio-ocupacional para os assistentes sociais e, conseqüentemente, apresenta desafios, contradições, limites e possibilidades. Ressalta-se ainda, que as transformações no mundo do trabalho trouxeram ao profissional de Serviço Social a necessidade de buscar novas intervenções, novas técnicas e posturas, visto o contexto de terceirização, privatização, precarização das relações de trabalho e redução de concursos e



cargos públicos, que interferem diretamente na atuação do assistente social. Cabendo a eles o desafio de efetivar a prática ética e ideológica que subentende o projeto ético-político do Serviço Social, atendendo aos interesses dos usuários, defendendo e praticando princípios democráticos e emancipatórios.

Retomando a questão norteadora, que visou responder sobre, como a precarização das políticas públicas influencia a atuação dos profissionais e do assistente social no Hospital Estadual Alberto Torres, verificou-se que durante estágio supervisionado em Serviço Social no HEAT[4], foi possível aproximar-se da realidade vivida pelos profissionais de saúde pública e usuários, acompanhando o trabalho dos assistentes sociais, bem como observar a crescente flexibilização do trabalho e seus rebatimentos na ação profissional, dentro de um contexto agravado pela precarização da saúde pública, sendo possível, também, compreender alguns desafios colocados aos profissionais da área da saúde pública, como: dificuldade em conseguir atuar de forma ética e coerente com os projetos profissionais; falta de estrutura e material necessários para o atendimento à população; número profissionais cada vez mais reduzido; e fragilidade dos vínculos empregatícios.

A despeito disto, apesar de estarem imersos no caos que a saúde representa enquanto política pública, o assistente social, pode e deve buscar alternativas e desenvolver ações de atuação que superem o pragmatismo burocrático que é imposto nas instituições, possibilitando uma prática humanizada, comprometida com o usuário e com o Projeto Ético-Político da profissão, contribuindo, assim, para a transformação da realidade social.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 7ª Ed., 2010.



BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete da. (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza (Org). **Saúde e Serviço Social**, São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês; PEREIRA, Potyara. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

FRANCO, Oliveira. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita**. Petrópolis: Vozes, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **AMS - Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária**, 2009. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9067-pesquisa-de-assistencia-medico-sanitaria.html?=&t=resultados> Acesso em: 18 de abril de 2022.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 1998.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul/set. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **A Reforma do Aparelho do Estado e a Constituição Brasileira**. Brasília: MARE/ENAP, 1995.

RAICHELIS, Raquel. O Assistente Social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011.



ROSA, Lucia Cristina dos Santos. *Et al.* O Serviço Social e a Resolução 196/96 sobre ética em pesquisa envolvendo seres humanos. **Serviço Social & Sociedade**, São. Paulo, ano XXVII, n. 85, p. 62-70, mar.2006.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.

APÊNDICE- NOTA DE RODAPÉ

2. Relatos dos funcionários da instituição afirmam que, em 2007, houve demissão em massa no HEAT e, sempre que há troca de direção ou poder político, os funcionários temem por seus empregos.

3. O maior número de hospitais e clínicas do município de São Gonçalo pertence à iniciativa privada. Como destaca Souza *et al.* (2002, p. 79) (...) “embora verifique-se um incremento da oferta pública principalmente na área ambulatorial que segue uma tendência nacional após a municipalização. A oferta de serviços hospitalares ainda é predominantemente privada. Sendo que 87% dos leitos privados estão sob a atenção hospitalar prestada por clínicas e hospitais privados conveniados pelo SUS.”

4. Estágio Supervisionado em Serviço Social realizado na referida instituição no período de: março de 2012 a março de 2013.

Enviado: Março, 2022.

Aprovado: Abril, 2022.

¹ Pós-Graduada em Serviço Social e Políticas Sociais pela Faculdade Governador Ozanam Coelho, Pós -Graduada em Instrumentalidade do Serviço Social pela Faculdade Única de Ipatinga e Bacharel em Serviço Social pelo Centro Universitário Anhanguera de Niterói. ORCID: 0000-0002-4243-0514.